

様式第 2 号（第 6 条関係）

関係機関への照会等に関する同意書

湖西市がん患者医療用補整具購入費補助金交付の申請に当たり、下記の事項に同意します。

記

- 1 湖西市が、私及び補助対象者の住民基本台帳を閲覧及び確認すること。
- 2 湖西市が、補助対象者の医療用補整具の購入に係る補助金等の受給状況について、必要に応じて湖西市の関係部署及び他の地方公共団体に確認し、並びに静岡県に報告を行うこと。
- 3 湖西市が、補助対象者が医療用補整具を購入した事業者に対し、医療用補整具の購入の状況を確認すること。
- 4 湖西市が、補助対象者が治療を受けた医療機関に対し、がんの治療を確認すること。

年 月 日

（宛先）湖西市長

（申請者）

住 所

氏 名

㊞

（署名又は記名押印）